Die Konstitution der genuinen Epileptiker.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

an der Hohen Medizinischen Fakultät

der Bayerischen Friedrich-Alexander-Universität

vorgelegt von

Adolf Lehner

Medizinalpraktikant

aus Nürnberg.

Kallmünz

Buchdruckerei von Michael Laßleben

1931

Die Konstitution der genuinen Epileptiker.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

an der Hohen Medizinischen Fakultät

der Bayerischen Friedrich-Alexander-Universität

vorgelegt von

Adolf Lehner

Medizinalpraktikant

aus Nürnberg.

Kallmünz

Buchdruckerei von Michael Laßleben

1931

Referent: Professor Dr. Ewald.
Dekan: Professor Dr. Schübel.

Tag der mündlichen Prüfung: 4. Dez. 1930.

Der Rahmen dieser Arbeit gestattet es nicht im allgemeinen auf die Geschichte des Konstitutionsproblems, auf die erste Beschreibung der drei Typen u. s. w. einzugehen. Hierfür verweise ich besonders auf v. Rohden (s. Literaturverzeichnis).

Unser Thema wirft die von mehreren Autoren seit Kretschmer bearbeitete Frage auf: Gibt es einen epileptoiden Körperbau? Das heißt: zeigen alle oder die meisten Epileptiker irgend eine bestimmte Körperbauform, die (etwa ähnlich wie bei den Manisch-Depressiven der pyknische Körperbau) sich auffallend häufig mit ihrer Krankheit zusammenfindet und so starke Beziehung zeigt, daß auch im Bereich des Normalen der fragliche typische Habitus zugleich den Delbrück'schen „epileptothymen" Charakter aufweist.

Ob diese epileptothymen Charaktere nun körperbaulich wirklich etwas Gemeinsames haben, das ließe sich nur bei schwer durchführbaren Untersuchungen an einer größeren Anzahl entsprechender Gesunder prüfen. Da uns nur Kranke zur Verfügung stehen, gehen wir deshalb hier wie Kretschmer vom Kranken aus und wollen versuchen, ob hier der gesuchte einheitliche Habitus auffindbar ist.

Bei einem Vergleich der darüber erschienenen Literatur findet man neben einigen Uebereinstimmungen auch weitgehende Verschiedenheiten der Ergebnisse. Ein zusammenfassender Ueberblick zeigt folgendes:

Delbrück betont wie Hofmann und Gründler das außerordentliche Zurücktreten der Pyniker, die „mit cyloiden Veranlagungen verkuppelt zu sein scheinen"; v. Rohden fand gar keinen reinen Pykniker, nur 2% pyknische Mischformen, während bei Graf 12% Pykniker zusammen mit 8% pyknischen Mischformen doch immerhin $^1/_5$ gegenüber der „asthenisch-athletisch-dysplastischen Gruppe" darstelle.

„Den größten Prozentsatz . . . bilden die Athletiker . . . dieser Befund scheint uns außerordentlich wichtig zu sein . . ." schreibt Delbrück im Gegensatz zu Gründler, wo tatsächlich „das

Verhältnis von Athletikern zu Leptosomen gerade umgekehrt ist". Auch bei Graf „treten die athletischen Typen . . . sehr zurück, sie werden, abgesehen von den Dysplastikern, auch von der Zahl der Astheniker und sogar der der Pykniker" übertroffen. Doch beschuldigt Graf für dieses Ergebnis zum Teil den Zufall und zum andern den Umstand, daß die meisten der Untersuchten aus langjährigen Anstaltsinsassen und Bettlägerigen sich zusammensetzen. „Tatsächlich sehen wir in der Klinik die athletischen Epileptiker viel häufiger".

Von Rhoden sieht eine charakteristische Verteilung der drei primären Grundtypen auf die drei Psychosengruppen. „. . . Epileptiker sind gekennnzeichnet durch Häufigkeit der athletischen und leptosomer Formen". Auch bei Hofmann stehen die Athletiker mit 20% gleich an zweiter Stelle nach seinen 22,5% „Nichtrubrizierbaren". Diese sind wegen ihrer relativ zu großen Prozentzahl nach Delbrück „nicht eindeutig zu bewerten".

In der Tabelle sieht das Bild der abweichenden Ergebnisse viel krasser aus:

Prozentuale Verteilung der gen. Epileptiker	Astheniker	Asth.-athlet. Mischform	Athletiker	Pyknische Mischform	Pikniker	Displastiker	Undifferenzierte
Delbrück	⟨28,34⟩	⟨8,33⟩	⟨40,00⟩	⟨— —⟩	⟨6,67⟩	⟨16,66⟩	⟨0,0⟩
⟨1926⟩	28	6,7	38,5	— —	9,3	17,3	0,0
Graf ⟨1927⟩	12	2	4	8 +	12	46	16
Gründler ⟨1926⟩	40	10	12,5	2,5 +	12,2	20	2,5
Hofmann ⟨1924⟩	15	17,5	20	5 +	15	5	22,5
v. Rhoden ⟨1926⟩	17,3	11,5	34,6	2 +	0	13,5	21,1
Kreyenberg	14,5	8,8	31,4	1,5		43,7	— —
Mauz	— —	— —	— —	— —		50,0	— —
Tibor Kantona	23,5	— —	11,8	17.6		47,1	— —
Lehner ⟨1930⟩	14,3	12,5	17,8	12.5		37,6	5,3

Bei Delbrück habe ich oben aus dessen Angaben die Prozentzahlen für Männer und Frauen zusammen berechnet und auf eine Dezimalstelle abgerundet. Seine eigenen Zahlen für Männer allein

sind in Klammern beigefügt. Unter Grafs 46% Dysplastikern sind 2% athletisch-dysplastische und 8% asthenisch-dysplastische.

Untersucht wurden von Delbrück 60 männliche und 15 weibliche Epileptiker, von Graf 25 männliche und 25 weibliche, von Hofmann 40 ohne Angabe der Geschlechter, von v. Rohden 52 männliche Epileptiker, von Kreyenberg 337 männliche und 149 weibliche, von Lehner 37 männliche und 19 weibliche.

Unter Kreyenbergs 700 Epileptikern befinden sich 486 genuine Epileptiker. Auch dieses Autors umfassende und eingehende Arbeit kommt zu dem Schluß, daß „die Epilepsie . . . eine deutliche Affinität zum dysplastischen und athletisch-dysplastischen Körperbau zeigt". Dabei wird die Unterscheidung des Autors zwischen „kräftig hageren Leptosomen" und „Leptosom-Athletikern" nicht ganz klar.

Meine Zahlen für Astheniker und Dysplastiker nähern sich am stärksten denen von Kreyenberg, für Athletiker und Pykniker entfernen sie sich davon weitgehend.

Bezüglich des Verhältnisses von Astheniker, Athletiker und Pykniker lassen sich die Untersucher nach ihren Ergebnissen in drei Gruppen einteilen:

1. Bei Kreyenberg v. Rohden Delbrück	sind d. Zahlen der	Athl. > Asth. > Pyk.
2. bei Hofmann	„ „ „ „	Pyk. = Athl. > Asth.
3. bei Graf u. Gründler	„ „ „ „	Asth. > Athl. < Pyk.

und zwar bei 1. Athletiker über 30% und Pykniker unter 10%; bei Hofmann die Gleichstellung auf 20% und bei 3. Athletiker geringer als die beiden andern.

Innerhalb dieser Gruppierungen würden meine Werte den Uebergang zwischen 1. und 2. bilden.

Nach Kreyenberg führe ich hier noch zwei nach Geschlechtern getrennte Tabellen an; da aber Hofmann, Mauz und Katona keine getrennten Angaben über die Geschlechter machen und von Rohden nur solche über Männer, sind sie aus diesen Tabellen weggelassen.

Männer.

Prozentuale Verteilung d. genuinen epileptischen Männer.	Asthe-niker	Asthen. athlet. Misch-form	Athle-tiker	Pyk-niker u. pyk. Mischform	Dysplas-tiker	Undiffe-renzierte
1. Delbrück 60 Männer	28,3	8,3	40,0	6,7	16,7	0,0
2. Gründler 47 Männer	29,7	17,0	21,3	6,4	21,3	4,3
3. Graf 25 Männer	16	4	8	16	40	16
4. Kreyenberg 337 Männer	11,6	9,5	32,1	2,9	43,9	0,0
5. Lehner 37 Männer	8,1	16,2	24,3	18,9	29,7	2,7
Frauen.						
1. Delbrück 15 Frauen	26,7	0,0	33,3	20,0	20,0	— —
2. Gründler 33 Frauen	54,5	0,0	0,0	27,3	18,2	— —
3. Graf 25 Frauen	28	0	4	24	28	16
4. Kreyenberg 149 Frauen	17,4	8,1	30,8	0,0	43,6	— —
5. Lehner 19 Frauen	26,3	5,3	5,3	0,0	52,6	10,4

Bezüglich des Ueberwiegens der Männer im athletischen und athletisch gemischten Typ zeigt sich ein übereinstimmendes Ergebnis aller 5 Untersucher; dagegen sind die männlichen Astheniker nur bei einem Autor den Frauen an Zahl etwas überlegen, während in den anderen 4 Ergebnissen die Ueberzahl der Frauen ziemlich deutlich hervortritt, die asthenischen Männer sind bei mir sogar die schwächste Gruppe.

In pyknischen und pyknisch gemischten Typen haben 3 Autoren ein Ueberwiegen der Frauen, Kreyenberg ein solches in gerin-

gem Umfang für die Männer gefunden. Unter meinen untersuchten Frauen sind die sämtlichen Pyknikerinnen und ihre Mischformen disproportioniert und tragen so bei die Zahl meiner Dysplastikerinnen weit hervorstechen zu lassen, da hier 3 Autoren ein leichtes Uebergewicht der Männer und nur noch Delbrück ein geringfügiges für die Frauen darstellen. Unter meinen Männern ist kein ganz reiner Pykniker, sondern es sind lauter pyknische Mischformen.

Die Undifferenzierten sind bei 3 Autoren für beide Geschlechter gleich bezw. gar nicht vorhanden.

Mein Gesamtergebnis habe ich vergleichshalber in der Tabelle mit angeschlossen, die einzelnen Kranken lasse ich nun in kurz übersichtlicher Skizzierung folgen, und zwar in folgender Einteilung:

Fortl. Nr. d. Krankengeschichten.

I. die eindeutig proportionierten Typen 57,1%.

Nr. 1—7 (männl.) a) Pykniker u. pykn. Mischformen 12,5%

Nr. 8—16 (männl.), Nr. 17 (weibl.) b) Athletiker 17,8%

Nr. 18—23 (männl.), Nr. 24 (weibl.) c) asthen. athlet. Mischformen 12,5%

Nr. 25—27 (männl.), Nr. 28—32 (weibl.) d) Astheniker 14,3%

Nr. 33 (männl.), Nr. 34—35 (weibl.) II. die undifferenzierten Typen 5,3%

III. die disproportionierten Typen (Dysplastiker 37,6%

Nr. 36—40 (männl.), Nr. 41—46 (weibl.) a) mit vorwiegend pyknischen und pyknisch gemischten Zügen

Nr. 47—48 (männl.) b) mit vorwiegend athletischen Zügen

Nr. 49—50 (männl.) c) mit vorwiegend asthenisch-athletisch gemischten Zügen

Nr. 51—52 (weibl.) d) mit vorwiegend asthenischen Zügen

Nr. 53—54 (männl.), Nr. 55—56 (weibl.) e) mit erkennbar endokrin-dysplastischen Zügen.

Gesamtzahl der untersuchten Patienten: 56 = 37 Männer und 19 Frauen.

I. die eindeutig proportionierten Typen.

a) Pykniker und pyknische Mischformen.

1. Eduard Zö., 20. XI. 84. Körperlicher Befund. Physiognomie: Stirn zeigt mittlere Höhe und Breite. Vorderkopf, mit weichem, feinem Haar, Grenzen beiderseits schmal und weit zurücktretend. Hinterkopf breit, oben abfallend. Nase klein, etwas nach links abweichend. Auge links tiefer, ebenso Jochbein und Ohr. Mund fest geschlossen. Unterkiefer nicht ausgeprägt. Kopf wird etwas schräg nach rechts gehalten. Körperbau: rundlich, kurzstämmig, kurze Gliedmaßen, mit weichen, verhältnismäßig kleinen Händen und Füßen.

Psychischer Befund. Vererbung: Onkel mütterlicherseits Selbstmord. Bruder taubstumm. Entwicklung: in der Schule schlecht. Bis 13. Lebensjahr Bettnässen. Während der Lehrzeit einmal bewußtlos aufgefunden. Läuft auf eine Zurechtweisung hin aus der Lehre. 17. bis 20. Lebensjahr unstetes Wanderleben; wiederholt wegen Bettels, groben Unfugs, falscher Namensangabe und schwerer Körperverletzung festgenommen; die Verletzungen waren stets grundlos und brutal ausgeführt. Ebenso ein Selbstmordversuch durch Revolverschuß in den Schädel; Kugel wurde operativ entfernt. Zustand: Patient ist leicht debil. In der Anstalt im allgemeinen fleißig und ordentlich. Hie und da entweicht er, wandert dann sehr weit, verübt bei solchen Gelegenheiten Einbrüche, zumeist mit anderen. Anfälle sind sehr selten.

2. Georg Su., 12. IX. 92. Körperlicher Befund. Physiognomie: breites Gesicht, breiter Hinterkopf, Ohr fein. An Schläfen seidenweiche Haut fein gespannt. Nase und Stirn harmonisch in Breite und Höhe, rechtes Auge mehr versteckt durch vorhängende Lidwölbung; beide Brauen etwas nach außen hochgeschwungen. Ungleiche Haarbegrenzung, rechts große Geheimratsecke, links mehr zugewachsen. Körperbau: vorherrschend pyknisch, sehr kleine Hände und Füsse, mit dünner, feiner Haut. Mangel an eigentlichem Fettpolster (asthenische Einschläge). Gewichtiger Gang,

umständliches Setzen, haftender Händedruck.

Psychischer Befund: Vererbung: eine Schwester habe auch Anfälle. Entwicklung: mit 5 Jahren „Nervenfieber" und Anfälle. In der Schule schlecht gelernt, ängstlich-scheues Wesen. Zustand: die Aeußerungen sind spärlich, halblaut. Bei der Untersuchung gutmütig, lenksam. Anfälle gehen mit Schreien einher. Verwirrtheit und Dämmerzustände dauern tagelang; nie ganz klar; Bewußtsein eingeengt. Stumpf und leicht gedrückt. Unauffällig, scheint völlig zufrieden. Fühlt sich nach Anfällen leichter. Nach den Krankenblattaufzeichnungen scheint er in Frühlingsmonaten reizbarer. Gekränkte, aufdringliche Angeberei gegen Mitpatienten, zänkisch.

3. Georg Si., 21. I. 84. Körperlicher Befund. Physiognomie: Gesicht breit, stumpf und rundlich. Hinterkopf breit und hoch. Haar dünn. Untere Augenlider eingesunken, bräunlich verfärbt; einschneidende dunkle Linie vom inneren Augenwinkel zur Wange. Körperbau: starke, lange Gliedmaßen, fast athletisch; ebenso Hände fest und knochig ohne pyknische Merkmale. Haut blaß und fett. Becken übertrifft alle weiblichen Durchschnittsmaße, weibliche Genitalbehaarung.

Psychischer Befund: Vererbung: — Entwicklung: erster Anfall nach dem Anblick eines epileptischen Anfalles in seinem 30. Lebensjahr auf der Straße. Zustand: Aeußerst reizbar, rasch verärgert und gewalttätig. Arbeitsam, dabei umständlich, unendlich langsam und gewissenhaft. Unzuverlässige Merkfähigkeit. Bleibt immer der gleiche. Erzählt einmal unter Tränen, daß man ihm eine Zigarre genommen habe. Sonst außerordentlich selbstbewußt, schwulstig und hochtragend; gefällt sich in überhöflichen Komplimenten und singendem Tonfall. Anfall: lehnt sich zurück, schließt die Augen, zittert an Armen und Beinen, nach einidgen Augenblicken kehrt das Bewußtsein wieder.

4. Georg Fi., 3. XII. 64. Körperlicher Befund. Physiognomie: Nichtssagend, platt und breit. Körperbau: Zuweilen eine Art katatoner Haltung, ist langgliedrig und großhändig, Knochenbau von mittlerer Stärke, Hängebauch. Dabei typisch pyknische Gedrungenheit und Schwere.

Psychischer Befund. Vererbung: von den 4 Töch-

tern des Patienten im Alter von 26 bis 32 Jahren eine in hiesiger Anstalt wegen Dementia praecox; eine andere im Nürnberger Krankenhaus wegen Zuständen depressiver Art. Entwicklung: Patient lernte gut. Mit 18 Jahren sei ihm einmal ein Brett auf den Kopf gefallen ohne weitere Folgen. Mit 50 Jahren starke Haemorrhoidalbeschwerden, Kopfschmerzen und erster Anfall. Zustand: vor den Anfällen Schwindel und Kopfschmerzen, Anfallsdauer 5 bis 10 Minuten; alle Monat 1 Anfallstag mit 7 bis 8 Anfällen; vor den Anfällen gesteigerte Reizbarkeit, Kritiklosigkeit und egozentrische Denkrichtung. Bei Luminalbehandlung werden die Anfälle seltener, jedoch Reizbarkeit und Uneinsichtigkeit ungemein stark; ist dabei grob, brutal, droht jeden als „Sauhund" totzuschlagen. Nach den Anfällen gezierte, süßliche, schmeichlerische Redewendungen und Kriechen vor Höflichkeit. Nach Aussetzen von Luminal weniger grob und reizbar, zugänglicher. Fortschreitende Verblödung, Schwankungen zwischen euphorischer Stimmung und ihrem Gegenteil. Die Raufereien werden äußerst selten. Meist begnügt er sich mit der Forderung, der Arzt solle sofort Staatsanwalt und Schwurgericht hereinholen und den Beleidiger ins Zuchthaus sperren.

5. Leonhardt Dra., 18. 6. 1904. Körperlicher Befund. Psysiognomie: Gedunsen, fleckförmige Pigmentierung, Henkelohren, breiter Hinterkopf. Gesicht derb, breitknochig, plump, unmotiviert. Körperbau: massiv, vorwiegend pyknisch, ruhig bedächtige Bewegungen, grobe Gliedmaßen.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: — Zustand: Schließt sich sofort an die Psychopathen und Kriminellen der Abteilung an. Ausgesprochen unaufrichtig, verschmitzt, sucht ständig Streiche auszuführen, leugnet stets, nie Reue. Verspottet Kranke, führt obscöne Reden. Hat hysterische Anfälle. Schreibt viele Briefe an Direktor mit übermäßigen Besserungsgelöbnissen, dann wieder mit Drohungen und Denunziationen. Diebstähle. Entweicht dem Pfleger, der ihn nach einer Flucht wiederbringt, durch Sprung aus dem Abortfenster des anfahrenden Zuges. In allem weiteren typisch epileptisch. Monatlich 161 Anfälle.

6. Ludwig Si., 1. II. 97. Körperlicher Befund. Psysiognomie: rotes Gesicht mit plumper, stumpfer Nase und glotzenden Augen. Neigung zu vasomotorischen Störungen. Körper-

bau: etwas unbestimmt infantil, in der Fettverteilung und im Beckenbau an weibliche Verhältnisse erinnernd, dennoch besser zu den eindeutig proportionierten Pyknikern zu zählen als zu den disproportionierten.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: Schule leidlich gut. Erster Anfall mit 21 Jahren. Zustand: bei Aufregung kleine Krampfanfälle, anfangs ohne Bewußtseinsverlust. Bei der Untersuchung höchst schreckhaft. Charakter typisch epileptisch mit Verstimmungen, Gereiztheiten und explosiven Wutanfällen. Im Monat durchschnittlich 6 Anfälle.

7. Johann Ra., 28. III. 83. Körperlicher Befund. Physiognomie: erinnert an Holzknecht oder Gebirgsjäger. Pyknischer Schädel mit sehr starker Breitenachse über den Ohren, diese groß und derb mit weichem voluminösem Läppchen. Körperbau: gedrungen und langgliedrig (pyknisch-athletisch).

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: früher viel getrunken, Vorstrafen wegen Körperverletzung. In der Schule gut. Mit 26 Jahren Heirat, hat 5 Kinder. Mit 29 Jahren erster Anfall, „vom Stuhl gefallen". Mit 32 Jahren (1915) zum Militär. Zustand: Neigung zu Raufereien, stumpfe Gereiztheit, nörgelnd, peinlich sauber. Klagt über Körpersensationen, sein Leib werde über Nacht dünn. Anfälle nicht häufig, monatlich 1 Anfall.

b) Athletiker.

8. Eugen Ho., 17. XII. 10. Körperlicher Befund. Physiognomie: ebenmäßig, über Nasenwurzel zusammengewachsene Brauen. Körperbau: untersetzt, in gutem Ernährungszustand.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: Volksschule und zum Teil Handelsschule gut; dann Buchdruckerei. Erster Anfall mit 17 Jahren. Zustand: seltene Anfälle ohne folgenden Dämmerzustand. Nach vorhergehender Krankenhausbeobachtung trat Gereiztheit und Verstimmtheit stärker hervor, zerschlug Fensterscheiben und schrie auf der Abteilung herum. Hier still, ruhig, ordentlich und geordnet, mit gutem Takt und Benehmen.

9. Friedrich Kö., 6. XII. 99. Körperlicher Befund. Physiognomie: Stirne leicht gewölbt, gleichmäßig. Auge eher

etwas groß. Seitenkopf breit. Oberkopf gut gewölbt, abgerundeter Hinterkopf. Körperbau: Ist Athletiker mit massivem Bau Skyphoskoliotische Verkrümmung der Brustwirbelsäule.

Psychischer Befund. Vererbung: 9 gesunde Geschwister. Entwicklung: keine Kinderkrankheiten. Schule gut. Erster Anfall mit 17 Jahren. Heirat mit 21 Jahren. Zustand: Neigung zu katatoner Stellungsverharrung. Macht Ziegenbocksprünge mit gesenktem Kopf. Glaubt einen Draht verschluckt zu haben. Ist umständlich, weitschweifig.

10. Paul Ke., 4. II. 92. Körperlicher Befund. Physiognomie: flacher Parallelzug zur rechten Mundnasenlinie vom innern Augenwinkel abwärts. Ohr groß und derb. Unterkiefer langgestreckt und wie die Jochbeine stark vorspringend. Flache und fliehende Stirne. Augen ungleichmäßig, das rechte erscheint mehr rund von den Lidern umschlossen, das linke zeigt spitzeren Winkel seitwärts. Jochbein links stärker als rechts. Hinterhaupt eckig vorspringend. Körperbau: athletischer Typ, zum massiven neigend. Ausgesprochen dicke, feste Muskulatur. Hände und Füße groß, grob und sehr breit.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: angebl. mit 14 Jahren Sturz aufs Hinterhaupt und Gehirnerschütterung; seitdem Anfälle. 4 Jahre lang täglich 4 bis 5 Anfälle. Seit 18. Lebensjahr vierteljährlich einmal. Zustand: verspürt vor Anfall ein plötzliches spannendes Gefühl auf der Brust. Anfallsdauer bis 15 Minuten. Er habe öfters einen Zustand, bei dem er einen Ruck zum Kopfe fühle und einige Minuten bewußtlos sei ohne zu stürzen. Während der Unterhaltung öfters Absencen. Bei beobachtetem Anfall werden die Beine in die Höhe gezogen. Nebenbei auch große hysterische Anfälle: schnelzt dabei wie ein Fisch durch den Saal, wirft dabei den Pfleger zu Boden. Auch sein Sprachfehler verschwindet zuweilen (forciertes Aussprechen von h, f und s). Auf Aderlässe, die er selbst verlangt, fühlt er sich erleichtert, ist auch einmal danach 7 Monate anfallsfrei. Charakter schwerfällig. Bei der Hausarbeit fleißig und genau. Leicht reizbar oder auch übertrieben freundlich. Schizophren anmutende Ideen: irgend ein Kranker schicke seinen Hauch gegen ihn, um ihn damit zu vergiften u. s. w. — Monatlich 12 Anfälle.

11. Rudolf Br., 7. 10. 06. Körperlicher Befund. Physiognomie: entspricht nicht dem Athletiker, blasses Aussehen, zu kleine, hochangesetzte Ohren, viele Stirnmimik, gerötete dünne Unterlider, Mundnasenzug verstrichen, Mundwinkel hängend, etwas eingekniffen, überstehende Oberlippe. Körperbau: groß und langgliedrig.

Psychischer Befund: Vererbung: Vater debiler Alkoholiker. Entwicklung: Patient mittlerer Schüler. Mit 20 Jahren im Bergwerk verunglückt (Brustquetschung); angebl. seitdem täglich 2 bis 3 mal Anfälle von 10 bis 15 Minuten Dauer. Zustand: psychisch sehr labil. Zeitweise unauffällig, gut ansprechbar, freundlich, ernst, ruhig und still. Zeiten mit depressiver Stimmung, Umschlag in Reizbarkeit, Schwerfälligkeit, Mangel an Einsicht; Selbstlob, ölige Ueberhöflichkeit; zuweilen findet man ihn verweint, er ist untröstlich darüber, daß es ihm vor soundsovielen Jahren so schlecht ging. — Monatlich 3 Anfälle.

12. Johann Ce., 24. VII. 01. Körperlicher Befund. Physiognomie: Nase hypoplastisch. Stirne hoch und breit, Brauen ineinander übergehend. Kleine Ohren mit angewachsenen Läppchen. Leichte Struma. Körperbau: athletisch aber nicht massiv, keine Abweichung vom Typischen.

Psychischer Befund. Vererbung: 3 Geschwister als kleine Kinder an Konvulsionen gestorben. Entwicklung: — Zustand: explosive verhaltene Gereiztheit, viel umdämmert. Monatlich 3 Anfälle.

13. Johann Kr., 12. V. 97. Körperlicher Befund. Physiognomie: Schädel breit, Faltenstirne, Augenschlitz nach außen abwärtsziehend. Nase etwas schief, schwacher Mund-Nasenzug; eingefallene Wangenpartien an der Nase. Ohr links etwas tiefer angesetzt als rechts. Körperbau: athletisch mit diffusem Fettpolster.

Psychischer Befund: Vererbung: Vaters Bruder ebenfalls Epileptiker. Entwicklung: hat schwer gelernt. Erster Anfall mit $28^1/_2$ Jahren, seitdem regelmäßig 14 täglich. Zustand: sehr leicht erregt und tätlich. Alkohol wird sehr schlecht vertragen. Charakter: schwerfällig, eingeengt. Kritiklos. Klebrig und psychogenhysterische Züge. Stimmung zwischen still und gereizt stark wechselnd. Sprechen und Handgeben typisch epileptisch. Häufig kleine

Absencen. Keine Anfälle während Luminaldarreichung. Bei Urlaub und Unregelmäßigkeit in der Arzneieinnahme erfolgen häufige Anfälle mit Dämmerzuständen. Läuft zuweilen weg oder macht zweifelhafte Selbstmordversuche.

14. Johann Wi., 15. III. 00. Körperlicher Befund. Physiognomie: Kopfhaltung nach links geneigt. Gesicht unebenmäßig und straff, leicht gebogene und stark schiefe Nase. Entspricht im ganzen dem Athletiker, wirkt durchaus nicht breit oder plump. Auch der Körperbau schlank, breitschulterig mit langen Gliedmaßen. Gang müde, etwas schiebend.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: — Zustand: immer optimistisch. Die Anfälle vergingen mit der Zeit. Produziert große hysterische Anfälle, fühlt die nahenden Anfälle als beklemmendes Gefühl und Druck im Kopf.

15. Fritz Fü., 5. 4. 1903. Körperlicher Befund. Physiognomie: Niedrige Stirne, unsymmetrisches, stumpfes, verdrossenes Gesicht; dichte Kopfbehaarung, geringer Bartwuchs. Wangen eingefallen, matt. Nasenmundzug verstrichen. Körperbau: gut genährt, grobknochig, erscheint langgliederig und kräftig. Finger überstreckt, Zehengang, feminine Genitalbehaarung.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: Erster Anfall mit 8 Jahren. Zustand: Familienlobrederei, jede Silbe betonend und langziehend, nickt dazu mit dem Kopfe. Klebt an einem Wort und kehrt dahin immer wieder zurück. Nicht ablenkbar. Lutscht am Finger; wenn das beredet wird, so folgen langandauernde Wutanfälle mit stereotyp wiederholten Schimpfworten. Anfälle ca. 4 wöchentlich, sehr lang und schwer. Zunehmende überstreckte Stellung von Hand, Finger und Beinen. Vollkommen stumpf und verblödet.

16. Georg We., 12. VII. 1905. Körperlicher Befund. Physiognomie: Gesicht groß, steile Eiform, Schädel lang. Nase groß, lang, schmal und leicht gebogen. Körperbau: Breitschulterig und langgliedrig.

Psychischer Befund. Vererbung: Vater hatte Krämpfe. Entwicklung: Schule mittelmäßig. Erster Anfall mit 8 Jahren nach Gehirnhautentzündung. Zustand: Typisch schwerfällig, eingeengt; Anfälle unregelmäßig, durchschnittlich 9 im Monat.

17. Frieda Ha., 15. XI. 1898. Körperlicher Befund. Physiognomie: ohne besondere Merkmale, uncharakteristisch, stumpf. Körperbau: Athletikerin, doch stärkere Fettansammlung und kleinere Hände als diesem Typ zukommen. Breite Schädelachse betont.

Psychischer Befund. Vererbung: von 8 Geschwistern 2 geisteskrank. Entwicklung: erster Anfall mit 14 Jahren. Zustand: kann bei ihrer Körperkraft äußerst gefährlich werden; hat viele lange Dämmerzustände, dabei lebhaft erregt, verworren. In guter Zeit in der Wäsche tätig. Im Monat durchschnittlich 7 Anfälle.

c) Asthenisch-athletische Mischformen.

18. Johann Hi., 22. 5. 1900. Körperlicher Befund. Physiognomie: Schädel wirkt verschoben, nach rechts weit auswölbend, links mässig; hohle Augenhöhlen; im Vergleich mit dem Hinterkopf ist die Stirne schmal. Der Schädel im ganzen rundlich; hat angewachsene Ohrläppchen. Nase weicht nach rechts ab, die aufgerissenen Augen haben keinen Ausdruck. Körperbau: Spitze epigastrischer Winkel. Dünne, schlaffe Muskulatur, lange Gliedmaßen, schmächtig und groß.

Psychischer Befund. Vererbung: Vater Trinker. Schwester der Mutter Verfolgungsideen, in Anstalt gestorben. Entwicklung: Patient als Kind furchtbar aufgeregt, schrie nachts aus Furcht. Erster Anfall mit 15 Jahren. Zustand: blitzartig zuckende Bewegungen während der Unterhaltung. Einengung des geistigen Gesichtskreises, dürftige Vorstellung, verlangsamte Auffassung, Störung von Gedächtnis und Merkfähigkeit. Immer leicht benommen, rührselig, weinerlich, weltschmerzlich. Anfälle selten und rudimentär, zuweilen auch mit hysterischen verbunden. Leicht gereizt und rauflustig, gegen Arzt zudringlich und kriechend. Ohne Einsicht. Kindisches Wesen, dazu Größenideen. Will Reisender in Piano und Klavier werden. Er sei 4 Zentner schwer u. s. w. Zuweilen außerordentlich ruhelos, hüpft wie ein Gummiball.

19. Max O., 27. 3. 1892. Körperlicher Befund. Physiognomie: Relativ großer Hirnschädel, gut gewölbter mittlerer Seitenkopf, Hinterkopf breit und vorspringend, Stirne breit und hoch, Brauen in weitem Abstand vom Auge, Nase etwas verbogen, abwärts

gehende Mundwinkel, häufiger Lidschlag. Körperbau: langgliedrig, schlottrige Gestalt. Brustkorb näherst sich dem schmalen und langgezogenen Typ. Bauch mehr dünn und schlaff. Gelenke breit. Gliedmaßen lang und dünn. Füße und Hände groß, lang und schmal.

Psychischer Befund. Vererbung: Mutter eigentümliche, verschrobene Frau. Eine Schwester ist „schwierig". Entwicklung: Mit 10 Jahren erster Anfall, angeblich nach schwerer Nierenentzündung. In der Schule gut. Später starker Trinker, viel auf Wanderschaft, nirgends länger in Arbeit. Zustand: leicht gereizt, darnach Anfälle, ebenso nach schwereren Anstrengungen. Darnach Kopfschmerzen, fühlt sich matt. Nachts erwache er zuweilen müde, benommen und eingenäßt. Zuweilen Häufung der Anfälle; Dämmerzustände, auf $^1/_2$ Jahr und länger ausbleibend, treten in leichter Form auf, zuweilen bei Anfallspausen, hat dann starres Wesen, benommen und schwerfällig, findet sich nicht zurecht. Abschluß der Zustände meist durch mehrere Anfälle, dann wieder klar und geordnet. Hat ausgesprochenes Gefühl für die Veränderung jener Zeit und und ist froh, wenn sie vorüber ist. Erinnerung daran im allgemeinen vorhanden. In den letzten Jahren intellektuell erheblich, geschwächt, stumpf, stark eingeschränkt, spricht fast nichts spontan. Plötzliche Lebhaftigkeit bei einem Tanzabend, wo er Purzelbäume schlägt.

20. Konrad Fi., 3. 6. 1889. Körperlicher Befund. Physiognomie und Körperbau: leicht gebauter Athletiker mit gut gewölbtem Oberkopf. Schläfe stark eingefallen. Mund schmale Lippen.

Psychischer Befund. Vererbung: Vater in hiesiger Anstalt, an seniler Demenz leidend, gestorben. Entwicklung: erster Anfall mit 20 Jahren. Mehrmals am Tage, dazwischen 1 Monat aussetzend. Außerdem Schwindelzustände, „es schießt mir in den Kopf"; geht dabei auf Leute mit der Hacke los oder fängt an sich auszuziehen u. s. w. Heirat mit 29 Jahren. Beschäftigung in Brauerei; trinkt literweise Bier. Zustand: Anfälle jetzt alle 8 Tage, fällt dabei mit Schrei auf die rechte Seite; Dauer 5 Minuten; droht mit Mord und Selbstmord, Tobsuchtsszenen, dann wieder Weinen und rührselig. Verrichtet fleißig Hausarbeit.

21. Johann Li., 11. 4. 1897. Körperlicher Befund. Physiognomie: Schädel etwas klein, Nase relativ breit, knochig,

gebogen, weit vorspringend. Körperbau: starke Betonung des asthenischen Anteils, schmächtige Gestalt, breite Schultern, flacher Brustkorb. Große Hände und Füße, breite Gelenke. Dünne flache Muskulatur, geringe Enteroptose.

Psychischer Befund. Vererbung-Entwicklung: als Kind Rachitis; muß erste Volksschulklasse wiederholen. Erster Anfall angebl. beim Militär bei Sturz aus einem Waggon auf den Hinterkopf. Zustand: langsam, umständlich, schwerfällig. Gedächtnis und Merkfähigkeit schwer beeinträchtigt. Ausdrucksweise typisch epileptisch. Er sei in der früheren Zeit „mehr gesunder" geewsen. Anfälle mit Temperaturen von 38,2°; Tage mit motorischer Unruhe. Jm allgemeinen gutmütig, schwachsinnig, fleißig, freundlich und geschwätzig.

22. Lukas Wo., 9. 3. 1907. Körperlicher Befund. Physiognomie: relativ großer Hirnschädel mit flacher Stirn, weiche Formen und zarte Haut des Gesichtes, Glanzauge, kleine anliegende Ohren mit angewachsenen Läppchen. Hinterhaupt steil, breit und hoch. Körperbau: Athletiker mit deutlich asthenischen Einschlägen. Schlanker, schmächtiger Wuchs mit zartem Knochenbau. Schwach vortretendes Muskelrelief. Hände kräftig, lange Finger, schmal und weich.

Psychischer Befund. Vererbung:-Entwicklung: erster Anfall mit 13 Jahren. Zustand: typisch epileptischer Charakter. Erhöhte Empfindlichkeit und Reizbarkeit, stereotype Rede-Wendungen und Weitschweifigkeit. Unterwürfig und schwachsinnige Selbstüberhebung; dazwischen paranoide Wahnideen und schizophren anmutende Halluzinationen. Von der Decke herab werde auf ihn eingesprochen u.s.w. Dazwischen gefährliche Erregungszustände. Sonst meist kindlich heiter gestimmt.

23. Theodor Mu., 26. 11. co. Körperlicher Befund. Physiognomie: kleine matte Augen, schmales zartknochiges Gesicht, rüsselförmige Oberlippe. Körperbau: schmächtig, schlaffe Muskulatur, Gelenke breit, Schultern ausladend.

Psychischer Befund. Vererbung: Entwicklung: — Zustand: gefährliche Reizbarkeit und Gewalttätigkeit, interesselos, gedächtnisschwach, schwerfällig, langsam, eigensinnig, längere Dämmer- und Verstimmungszustände. Anfälle relativ selten,

meist 3 bis 4, dann längere Pause. Jm allgemeinen lenksam. Erster Anfall angebl. von der Backofenhitze (Bäcker).

24. Auguste Ro., 25. 11. 78. Körperlicher Befund. Physiognomie: ebenmäßig, Schädel allseitig harmonisch. Stirne hoch, gewölbt, ins Oberhaupt übergehend. Ausgezogene lange Nase. Körperbau: zarter Knochenbau, breite Gelenke, lordotische Wirbelsäule, Kompakter Fettbauch, unmotivierte breite, sehr weiche Hand mit überstreckbaren Fingerendgliedern.

Psychischer Befund. Vererbung: eine Halbschwester ebenfalls Epilepsie. Entwicklung: Heirat mit 39 Jahren, erster Anfall mit 40 J. Zustand: die Anfälle erfolgen meist nachts, dabei klagt sie über Kitzeln im Hals. Jn letzter Zeit Erregungszustände. Will große Reisen machen, englisch lernen u.s.w.

d) Astheniker.

25. Karl Fe., 23. 8. 00. Körperlicher Befund. Physiognomie: Stirne eher schmal, Oberkopf breit mit kielförmiger Scheitelerhöhung. Nase fast klein mit breitem Rücken. Oberlippe über Unterlippe vorstehend. Unterkiefer sehr schwach konturiert. Wangen: schlaff weiche Haut, Mund-Nasenzug schwach, rechtes Ohr etwas abstehend. Körperbau: zeigt breite Brust, zarte Knochen und Gelenke, dabei kräftige Muskeln, kleine Füsse und Hände. Deutlich untersetzt und zierlich gebaut. Der Gang ist wiegend und schwer.

Psychischer Befund. Vererbung — Entwicklung: — Zustand: läppisch, Erregungszustände und Verdrossenheit, lügenhaft und stumpf, sehr großtuerisch, ohne Krankheitseinsicht.

26. Josef Ni., 6. 9. 04. Körperlicher Befund. Physiognomie: Winkelprofil. Körperbau: typischer Astheniker, schmächtig zarte Knochen, dünne Muskeln, flacher und schmaler, langgezogener Brustkorp.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: erster Anfall angebl. nach Gehirnerschütterung infolge eines Steinwurfes mit 4 Jahren. Schule 2. Klasse sitzen geblieben. Zustand: Selbstmordversuche während Verstimmungszuständen, sonst gutmütig, freundlich, immer zufrieden, verträglich, still. Etwas scheu und empfindlich. Monatlich 18 Anfälle.

27. Heinrich Ra., 1. 3. 15. Körperlicher Befund. Physiognomie: schmaler langer Schädel, struppiges blondes Haar,

linkes Auge einwärts schielend, sehr starkes Winkelprofil. Körperbau: runder Rücken, etwas überschlanke, dünne Glieder.

Psychischer Befund. Vererbung: Vater Nervenleiden, Gedankenschwäche, Reizbarkeit. Mutter leicht hypomanischer Einschlag. Bruder der Mutter Anstaltsepileptiker. Patient hat 2 jüngere gesunde Geschwister. Entwicklung: leicht gereizt, schwer erziehbar, äußerst unpraktisch, versagte als Gärtner und als Buchbinder. Zustand: beim Handgeben hebt er ungeschickt den Oberarm hoch, sprudelndes Reden, Schimpfen und Gestikulieren. Ziemlich unruhig, überhöflich, klebrig und bigot. Gesteigerte Reizbarkeit, Schwindel und Kreuzschmerzen vor den Anfällen; diese selbst sind selten, statt dessen häufig Absenzen.

28. Mathilde Wa., 20. 3. 98. Körperlicher Befund. Physiognomie und Körperbau: klein, zierlich, schmal, auch Gesicht und Schädel ganz dem asthenischen Typ entsprechend.

Psychischer Befund: Vererbung: Vater reizbar. Entwicklung: in der Schule angeh. gut. Mit 18 Jahren einmal geboren. Erster Anfall mit 22 Jahren mit Schrei beginnend. Zustand: umständlich und schwerfällig in der Erzählung. Stark erotisch betont. Ohne schwere Dämmerzustände. Während der Regel Streitigkeiten, gespannt und gereizt, sehr eingeengt. Im Monat durchschnittlich 5 Anfälle.

29. Pauline Se., 18. 4. 05. Körperlicher Befund. Physiognomie: Gesicht lange Eiform, wässerigblaue Augen, eingesunken. Steiler schmaler Gaumen. Profil wirkt kindlich, ebenso wie Hände. Körperbau: zierlich, etwas Enteroptose.

Psychischer Befund. Vererbung: der natürliche Vater war Anstaltsinsasse. Ihr Halbbruder (von einem anderen Vater) hat auch Anfälle. Entwicklung: Schule mittelmäßig. Erster Anfall mit 15 Jahren; angebl. nach dem Anblick eines Anfalles bei einem anderen Mädchen. Erste Regel mit 16 Jahren. Mit 21 Jahren einmal geboren. Anfangs wöchentlich 2 Anfälle. Zustand: auch hysterische Anfälle, keine langdauernden Dämmerzustände. Ist imbecill. Während ihrer Schwangerschaft waren die Anfälle häufiger, darnach seltener. Im Monat durchschnittlich 17 Anfälle.

30. Fanny Eck., 27. 4. 87. Körperlicher Befund. Physiognomie: Untergesicht springt vor, ist in der Breite schmäler

als die gewölbte Stirne. Körperbau: klein, breit und zart, im ganzen mager, eckig und kümmerlich.

Psychischer Befund. Vererbung: - Entwicklung: erster Anfall mit ungefähr 26 Jahren. Zustand: in schweren Verwirrungszuständen wütend, brüllend und um sich schlagend; dies wiederholt sich alle paar Monate; dazwischen weinerlich und ängstlich. Sehr selten Anfälle.

31. Marie Hä., 30. 12. 93. Körperlicher Befund. Physiognomie: Unterkieferwinkel merkwürdig weit vom Ohr entfernt. Mund ungleichseitig, nach rechts verzogen, Nase nach links abweichend. Jochbein links stärker vorspringend, Stirne steil und oben vortretend. Körperbau: zart und schlank.

Psychischer Befund. Vererbung: - Entwicklung: mit 1 Jahr Konvulsionen. Erster Anfall im 14. Lebensjahr. Im letzten Jahr geistig zurückgegangen, boshaft geworden. Zustand: Anfälle alle etwa 14 Tage einige und alle 8 Tage einen Anfall dazwischen. Dämmer- und Verwirrtheitszustände, dabei Rauf- und Zerstörungslust. Planloses Umherlaufen, monatlich durchschnittlich 5 Anfälle.

32. Kunigunde Ha., 1. V. 69. Körperlicher Befund. Physiognomie: lebhafter Mimik- und Augenausdruck. Fettlose, dünne, gespannte Haut; Nase spitz heraustretend, schmale Lippen, Hirnschädel relativ groß, Profil fällt gerade ab, Frontalumriß zwischen steiler Eiform und oval. Körperbau: zart, klein.

Psychischer Befund. Vererbung: - Entwicklung: Soll als Mädchen einmal ein viertel Jahr lang wirr geredet haben. Erster Anfall mit 48 Jahren, nach 2 Jahren der zweite, darnach eine Zeitlang häufig nächtlich Anfälle, 3 Anfälle im Abstand von 10 und 13 Monat Pause; auch später immer einige Monate Pause. Zustand: Kopfschmerz in Stirnmitte, Gang leicht torkelnd, unsicher, droht beim Aufstehen nach der linken Seite zu fallen. Psychisch gehemmt, schwerfällig, leicht somnolent. Antwort erst nach Pause, weint, ist im übrigen durchaus freundlich und zugänglich.

II. Die undifferenzierten Typen.

33. Adam Gr., 14. 12. 70. Körperlicher Befund. Physiognomie: Schädel dysplastisch, in rechts geneigter Haltung, sehr breit nach dem Hinterkopf zu mit ausgeprägten Scheitelbeinecken. Körperbau: klein, gedrungen, dabei fast schmächtig. Hängebauch. Hände und Füsse athletisch.

Psychischer Befund. Vererbung:-Entwicklung: erster Anfall mit 18 Jahren, alle 4 Wochen einige gehäufte Anfälle. Jn der Schule sehr gut. Zustand: wechselt zwischen gutmütig und stumpf als Grundlage und paranoider Gereiztheit und Gewalttätigkeit ohne Gegenwehr. „Jrgendwer übt Drücke auf mich aus." Auch rührselige Stimmungslagen. Anfälle durchschnittlich 5 im Monat, ziemlich regelmäßig alle 4 Wochen innerhalb von 2 bis 3 Tagen.

34. Dora Br., 12. 6. 03. Körperlicher Befund. Physiognomie: Stirne rund, gewölbt, Jochbeine stark vorspringend. Gesicht plump, dipsroportioniert. Körperbau: klein, breitschulterig, mit zarten Knochen und zu langen Gliedmaßen. Kugeliger Leib. Jm ganzen gebrechlich und etwas asymmetrisch.

Psychischer Befund. Vererbung:-Entwicklung: das vorletzte Kind unter 8 Geschwistern. Mit 2 Jahren laufen und mit 3 J. sprechen gelernt, Erster Anfall mit 16 Jahren, mit Regel beginnend; wiederholt sich alle 3 bis 4 Wochen. Zustand: schwachsinnig schwerfällig Monatlich 5 Anfälle.

35. Rosa Ed., 12. 9. 00. Körperlicher Befund. Physiognomie: infantil. Körperbau: kurze Arme und leicht pyknischer Stamm. Beine in Proportion des athletischen Typs.

Psychischer Befund. Vererbung: Mutter aufgeregt, viel Kopfschmerz, „rappelt", schimpft und schreit hat Sinnestäuschungen. 7 Geschwister, davon 1 Bruder Nachtwandler. 1 Schwester, die in die Schule geht, kann noch nicht recht sprechen. Entwicklung: Patientin und Geschwister litten lange an Bettnässen. Erster Anfall mit 21 Jahren. Jahre vorher schon Schwindel und Erbrechen; in Schule einmal sitzen geblieben. Zustand: klagt über plötzlich auftretenden Kopfschmerz mit Erbrechen, besonders nach vielem Bücken; dann verstimmt. Manchmal morgens Erwachen mit Kopfschmerz und Verstimmung. Kindlich in Ausdruck und Bewegungen.

III. Die dysproportionierten Typen.

a) mit vorwiegend pyknischen und pyknisch gemischt. Zügen.

36. Martin Hei, 23. 9. 88. Körperlicher Befund. Physiognomie: Nase hat links-konvexen Bogen. Schädel groß, pyknisch. Körperbau: athletische Glieder. Untere Thoraxapertur nach aussen geschweift. Körperhaltung nach rechts geneigt, etwas vornüber. Bewegungen äußerst. langsam und pedantisch. Katatoniähnliche Stellungen.

Psychischer Befund. Vererbung:-Entwicklung: als Kind Bettnässen. Ueberfahren worden ohne Folgen; 2 Jahre später Anfälle. Zustand: die Anfälle bilden zuweilen Anhäufungen, die einen Monat lang andauern; eigentliche Krampfanfälle sind bei ihm selten; die Anfälle verlaufen meist so, daß er furchtbar zu brüllen anfängt, geradeaus läuft, wie vom Blitz getroffen darniederstürzt oder auch bis zu Beendigung des Anfalls weiterschreit. Er ist eigentlich immer benommen, muß überall hingeschoben werden. Der Blick ist auch in anfallsfreien Zeiten immer stier. Er bleibt die ganzen Jahren hindurch immer der gleiche, kritiklose, nur fürs Essen interessierte Epileptiker. Zuweilen feindselig und angriffslustig. Jm allgemeinen fortschreitender geistiger Verfall. Monatlich 69 Anfälle.

37. Karl Me., 9. 5. 80. Körperlicher Befund. Physiognomie: greisenhaftes Aussehen, als wäre er ein hoher Sechziger. Gesicht stumpf, eingefallen, untere Augenlider gerötet. Blick etwas Starres, wie im Schreck, ohne Lebendigkeit. Körperbau: Massig verfettet, Haut blaß, ohne Spannung. Sehr kurze Füße. Durch Schlaganfall linksseitig gelähmt.

Psychischer Befund. Vererbung: entfernter Verwandter Selbstmord. Brüder und Vater aufgeregt und grob; letzterer trinkt ziemlich viel. Entwicklung: erster Anfall mit 17 Jahren. Mit 27 Jahren Heirat; kurz darnach im Anschluß an eine Handverletzung neuerdings Anfälle, dann 7 Jahre Pause. Zustand: sitzt stumpf herum, kann gemein schimpfen und grob tätlich werden. Schon früher als Lehrbub wegen Rauferei eingesperrt. Schwerfällig, schwere Wortbildung. Hat Schreianfälle. Monatlich 25 Anfälle.

38. Friedrich Hu., 24. 7. 07. Körperlicher Befund. Physiognomie: sieht 10 Jahre älter aus. Angedeuteter Exophtalmus, schwere Gesichtsasymmetrie; auch der Schädel wie verschoben,

Nase schief nach rechts, Mund dauernd Zuckungen mit vorgeschobener Unterlippe; Mundwinkel hängend. Augen scheinen ungleichmäßig groß; Ausdruck leer. Körperbau: massig, breitschulterig, gedrungen. Gleichmäßige Fettverteilung und pastöse Haut. Weiche, diffuse Struma, besonders rechts.

Psychischer Befund. Vererbung:-Entwicklung: Zwilling einer Achtmonatgeburt. Bekam seit 4. Lebensjahr regelmäßig alle 4 bis 6 Wochen Anfälle; seit 16. Lebensjahr unregelmäßig. Zustand: zeigt unscharfe Auffassung. Wird in Halluzinationen aggressiv. „Erinnert an Wahnideen und Affektlosigkeit an Dementia praecox." Sonst das gewöhnliche epileptische Benehmen: schwerfällig, umständlich, zudringlich, übertrieben freundlich. Er spricht etwas verworren und verwachsen. Hat Zeiten mit 10 Anfällen am Tag und solche mit 6 Monat Pause. Gegenwärtig unter Luminal mit monatlich durchschnittlich 5 Anfällen; diese gehen mit Schreien einher.

39. Georg Fö., 16. 8. 81. Körperlicher Befund. Physiognomie: Schädelknochen unverhältnismäßig massiv. Tierisch-stumpfes Grinsen. Breiter Schädel, Gesicht und Nase. Untergesicht vorspringend; das Gesicht wirkt wie von oben zusammengedrückt. Die niedere Stirne hat schwartige Haut. Nase dick, breit, eingezogen und gestülpt. Körperbau: gedrungener Hals und Rumpf, kompakter Fettbauch, feingliederige Hände und zusammengeschobene Schultern. Katatonieähnliche Haltung.

Psychischer Befund. Vererbung: Mutter paranoide Schizophrenie, in Anstalt, Vater läßt seinen kranken Sohn von London und Budapest fernbehandeln, konsultiert die berühmtesten Heilmagnetiseure. Entwicklung: erster Anfall mit 18 Jahren; Schule mittelmäßig. Zustand: sehr reizbar, verprügelt seine Leute, immer nörgelnd, in den letzten Jahren verblödend, schwerfällig. Spuckt während der Mahlzeiten nach allen Seiten, ist nicht ansprechbar. Monatlich 7 Anfälle.

40. Adolf Ba., 8. 10. 09. Körperlicher Befund. Physiognomie: breites, stumpfes Gesicht; Untergesicht vorspringend. Geekelter Zug um den Mund. Schädel nach links ausladend, Abplattung der Scheitelbeine besonders auf Scheitelhöhe. Breiter, unmodel-

lierter Nacken. Körperbau: ausgesprochen athletisch, muskulär an Rumpf und Gliedern, doch pyknischen Flach- und Breitschädel.

Psychischer Befund. Vererbung: außereheliches Kind. Entwicklung: bei den Großeltern erzogen, dann Erziehungsanstalt. Unbotmäßig, zuchtlos, triebhaft. Erster Anfall mit 13 Jahren. Zustand: verblödet. Anfälle mit folgendem, tagelangem Dämmerzustand. Monatlich 7 Anfälle.

41. Käthe Tu., 4. 9. 95. Körperlicher Befund. Physiognomie: Nasenwurzel eingezogen, Augen vorstehend; Nase wirkt klein und kurz, Lippen schmal. Unterkiefer breit, rechtes Ohr abstehend, verkümmert, mit Anhang am oberen Rande, Läppchen angewachsen. Stirne kräftig kontoriert, eckig. Profil fällt gerade ab, von vorne breite Schildform, Hinterhaupt sehr breit. Körperbau: dicker Bauch, kurze Gliedmassen, mit zarten, kleinen Händen und Füßen. Breit in Brust und Becken.

Psychischer Befund. Vererbung:-Entwicklung: Erster Anfall mit 14 Jahren; Beginn von Unbotmäßigkeiten. Hie und da erregbar, im allgemeinen verträglich. Zustand: Bewußtsein nicht getrübt. Aeußerst affektlos und läppisch lächelnd. Täglich neue Beschwerden. Typisch schmierig-freundlich oder gereizt und gespannt; grundlose Streitigkeiten und Rohheiten. Verfaßt einmal ein Schreiben, ein Mann sei ins Zimmer geschleppt und ermordet worden, was sie bis ins einzelne schildert. Monatlich 3 Anfälle.

42. Kunigunde Bä., 16. 1. 78. Körperlicher Befund. Physiognomie: unentwickelt und derb, Ohren sehr schmal, langförmig. Hängende, verkniffene Mundwinkel. Körperbau: Fettwuchs, Dysplasie, sonst vielleicht athletische Einschläge der Konstitution. Hat eine Art hängende Fettwamme vom Nabel abwärts ohne Bruchinhalt.

Psychischer Befund. Vererbung:-Entwicklung: in Schule gut. Mit 21 Jahren Gastwirt geheiratet, 8 mal geboren, 3 Kinder gleich gestorben, 5 gesund. Erster Anfall nach Angabe der Tochter mit 33 Jahren; nach eigener Angabe mit 45 Jahren seit letztem Wochenbett. Zustand: häufigere Anfälle, alle 2 bis 3 Wochen mit folgenden Verwirrtsheits-, Erregungs- und Dämmerzuständen. Klebrig im Benehmen. Im Monat durchschnittlich 33 Anfälle.

43. Martha Ma., 3. 6. 82. Körperlicher Befund. Physi-

ognomie: breite Stupnase, unmotiviertes Kinn, über Nasenwurzel messerscharf eingeschnittene, senkrechte Stirnfalte. Mund derb mit eingekniffenen Winkeln. Das ganze Gesicht schlaff. Körperbau: groß und dick, dabei kräftiger Knochenbau, athletische Einschläge.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: — Zustand: hochmütig-kokette Kopfhaltung, spielt die intelligente Geschäftsfrau und hat, obwohl sie stets Personen vergißt und verwechselt, durch ihr Auftreten schon Gerichtspersonen über ihren wahren Geisteszustand getäuscht. Sehr eingeengt, überheblich, wortgewandt, deutlich hypomanische und paranoide Züge. Rechnen im Gegensatz zu allen anderen Fähigkeiten auffallend gut. Starrsinnig, unbelehrbar, Mangel des Erinnerungsvermögens, zunehmende Verarmung der Vorstellungen. Monatlich 0,8 Anfälle.

44. Grete Ri., 16. 5. 99. Körperlicher Befund. Physiognomie: plumpes Gesicht, linke Hälfte größer, Nase stumpf, gestülpt und tief gesattelt. Ohren dick und weich, Schädel breit, Hinterhaupt sehr breit, Untergesicht vorstehend. Körperbau: disproportionierte, kurze, kleine, runde und gedrungene Formen. Zeigt wie die beiden Folgenden neben pyknischen auch noch asthenische Merkmale.

Psychischer Befund. Vererbung: Onkel väterlicherseits „Gehirnerweichung", in Anstalt gestorben. Entwicklung: Schule sehr gut, dann auch Handelskurs mit sehr gutem Erfolg. Freundliches, fleißiges und gutes Kind. Erster Anfall mit 15 Jahren; anfangs alle paar Tage, dazwischen längere Pausen. Zustand: jähzornig, bösartig und faul, Nachlassen des Gedächtnisses, Wandertrieb. Durchschnittlich 16 Anfälle im Monat.

45. Babette Ne., 30. 11. 01. Körperlicher Befund. Physiognomie: Kieferwinkel weit von den Ohren entfernt, schiefe und kariöse Zähne mit starken Defekten, spitzbogiger Gaumen, Zunge an der Spitze gespalten, weiche Struma. Körperbau: klein und rundlich, guter Ernährungszustand. Hat doppelseitige Hüftluxation. zarte Hände und Füße.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: unehelich geboren, schreckhaftes Kind. Erste Regel mit 12 Jahren, mit 17 Jahren bei einem Schuß gestürzt. Ausbleiben der Regel mit 23 Jahren, zugleich Beginn der Anfälle und Dickerwerden.

Zustand: zeitweise Erregungszustände bis 2 mal wöchentlich. Beißt und schlägt, wirft mit Steinen, schüttet das Essen weg, in guten Zeiten stumpf, harmlos, schwer lenksam, sehr fleißig und kindisch freundlich, moralisch schwachsinnig, hysterische Anfälle. Epileptische Anfälle durchschnittlich 3 im Monat.

46. Marie Bl., 11. 8. 90. Körperlicher Befund. Physiognomie und Körperbau: in gleicher Art, zart und breit, mit vielen einzelnen dysplastischen Stigmen.

Psychischer Befund. Vererbung: Mutter mit 49 Jahren an „Gehirnerweichung" gestorben. Ein Onkel hat seit dem 27. Lebensjahr an Anfällen gelitten. Entwicklung: erster Anfall mit 18 Jahren, einige Tage nach einem Sturz von der Tenne; dann alle viertel Jahre einen Anfall. Zustand: in ruhigen Zeiten schließt er sich stumpf ab. Wochenlange Dämmer- und Verwirrtheitszustände (plötzliches Losfahren), brutale Gewaltakte und Zerstörungswut, Sprache ist dabei ein unverständliches Lallen oder ärgerlich tierische Laute. Viel Schreien und Klagen über Kopfschmerzen. Die Dämmerzustände überwiegen. Monatlich durchschnittlich 5 Anfälle.

b) mit vorwiegend athletischen Zügen.

47. Johann Adam Schn., 4. 6. 99. Körperlicher Befund. Physiognomie: leerer, etwas tölpelhafter Gesichtsausdruck, grimassiert. Stirne dachartig über die Augen vorspringend, gibt dem Gesicht düsteres Aussehen. Ohr derb. Hirnschädel groß. Körperbau: mächtige Gliedmassen, breite Brust.

Psychischer Befund. Vererbung: Vater Trinker. Entwicklung: erster Anfall mit 18 Jahren. In der Schule schwer gelernt, oft sitzen geblieben. Zustand: bigot, Sinnestäuschungen. Hie und da Erregungszustand. Maßloser Esser. Viel Dämmerzustände, dabei nicht ansprechbar, hält sich allein. 11 Anfälle im Monat.

48. Hans Ob., 10. 1. 10. Körperlicher Befund. Physiognomie: breit, negroid, langer Unterkiefer, abstehende Ohren, lange Oberlippe, Augen ständig in lauernder Beobachtung, Raubtiermimik. Körperbau: ausgesprochen athletisch. Lediglich das Gesicht zeigt schwerere Degenerationsmerkmale.

Psychischer Befund. Vererbung: Onkel mütterlicher-

seits Verfolgungswahn, in Anstalt. Schwester des Patienten angeborener Star. Entwicklung: in Schule von Anfang an zurückgeblieben, bis 14. Jahr Hilfsschule. War stets größer und derber als seine Altersgenossen. Konnte in einem Erziehungsheim nicht gehalten werden. Neigung zu Brandstiftung. Ist allgemein schwachsinnig. Versteht sich nur auf den raffinierten Fang von Ratten und Mäusen, die er scheußlich verstümmelt und quält. Zustand: bei Kleinigkeiten Tobsuchtsanfälle mit hemmungsloser, gefährlicher Zerstörungswut. Sonst stumpf, ruhig, umständlich. Anfälle selten und leicht.

c) mit vorwiegend asthenisch athletischen Zügen.

49. Johann H., 15. 11. 91. Körperlicher Befund. Physiognomie: kleiner, rundlicher Schädel, zeigt schwere Ungleichseitigkeiten. Stirne asymmetrisch, links platt, rechts etwas gewölbt. Augen klein, tiefliegend, matt. Nase nach rechts, Spitze gesenkt, Flügel und Mund-Nasenzug schwach. Jochbein links stärker als rechts. Unterkiefer breit ausladend. Kinn zapfenförmig, spitz vorstehend. Hinterhaupt rechts eckig ausgebuchtet, links gerundet. Körperbau: leichte Kyphose als runder Rücken, im Lendenteil lordotisch-skoliotisch; im ganzen zu schmächtig, langgliedrig, aber Knochen und Gelenke derb und breit. Schwerer Gang.

Psychischer Befund. Vererbung: Vater wiederholt in Anstalt. Entwicklung: - Zustand: fades Gerede, schwachsinniges Benehmen, viele Gesten. Schwer besinnlich, unmotiviertes Lächeln, stumpf, debil, uneinsichtig. Stimmung zwischen Ueberfreundlichkeit und Zerstörungsdrang, Weinkrämpfe, Erregungen mit motorischer Unruhe, Tix und Grimassieren. Dämmerzustände im Vordergrund, monatlich 7 Anfälle.

50. Karl Ro., 20. 1. 95. Körperlicher Befund. Physiognomie: stumpfer Gesichtsausdruck, grobe Züge, derbe Ohren, flache Stirne. Körperbau: langgliedrig, mit einiger Festigkeit im Habitus. Gesamteindruck unschön.

Psychischer Befund. Vererbung: ein Bruder als Stotterer in einer Anstalt. Entwicklung: erster Anfall angebl. nach Verschüttung im Feld. Zustand: umständlich, aber gut zu haben, ohne wesentliche Stimmungsschwankung, ist zufrieden, wenn er sein Pfeifchen rauchen kann. Geht mit zur Fahrgruppe. Befindet

sich in körperlich gutem Zustand. Anfälle meist nachts, dazwischen Tage mit häufigen Anfällen; monatlich im Durchschnitt 2 Anfälle.

d) mit vorwiegend asthenischen Zügen.

51. Marie Fl., 9. 11. 84. Körperlicher Befund. Physiognomie: Mimik merkwürdig starr, an Maskengesicht erinnernd. Gesichtsausdruck wie bei Angehörigen tiefstehender Rassen. Körperbau: Hände feingliederig und schmal. Uebermäßig beweglich, zarter Knochenbau, schmale Gelenke, aufgerissene Augen und hochgezogene Stirne. Gesicht derbknochig und dickhäutig, pastös. Stirne, klein, gerunzelt. Hirnschädel relativ groß und breit.

Psychischer Befund. Vererbung: Bruder macht den Eindruck eines defekten Praecoxen. Entwicklung: erster Anfall mit 19 Jahren, „nach Behandlung mit kalten Anspritzungen". Erste Regel mit 19 Jahren. Zustand: Typisch epileptische Persönlichkeitseinschränkung. Im Dämmerzustand Sammeltrieb und bedrohlich. Hochgradig mißtrauisch, ohne Einsicht. Anfälle monatlich durchschnittlich 5.

52. Babette Hol., 7. 5. 96. Körperlicher Befund. Physiognomie: Kopf klein, Stirne steil, in ständiger Spannung. Haut ist dünn und unrein, überzieht ein eingefallenes, kleines, zartknochiges und blasses Gesicht, Nase ist schmal, dünn und vorspringend. Körperbau: mässiger Ernährungszustand, grazil und untersetzt, Magerkeit nur im Gesicht auffallend. Knochenbau zart, Gelenke schmal, die Extremitäten erinnern in ihrer Kürze an chondrodysplastischen Wuchs. Hängende Schultern und Bauch, langgezogener Brustkorb, sehr breites Becken.

Psychischer Befund. Vererbung: Schwester des Vaters im Alter gemütsleidend. Schwester der Großmutter beschränkt. Entwicklung: erster Anfall: Konvulsionen mit 4 Jahren. Zustand: erotisch, bigot und schwachsinnig, schwere Dämmer- und Verwirrtheitszustände mit lebhaften Halluzinationen. Sonst ruhig, langsam, zugänglich, freundlich, sehr fleißig. Anfälle selten, regelmäßig Luminal.

e) mit erkennbar endokrin-dysplastischen Zügen.

53. Johann Friedrich Sch., 1. 12. 96. Körperlicher Befund. Physiognomie. Salbengesicht mit faltenloser Stirne. Profil im Unterteil vorspringend, Hirnschädel kurz und breit. Neigung zu

phasomotrischen Störungen, rechter Facialis leicht gelähmt, recht Pupille und Lidspalte enger. Körperbau: gedrungener, kurzgliedriger Wuchs mit zarten Knochen und schwacher Muskulatur. Die reiche Fettansammlung auf Brust, Hüften und Mons pubis lassen an hypophysäre Störungen denken, dazu kleiner Penis und Hoden. Kreuzbeingrübchen. Schmale Schultern, rechtsseitig hängend.

Psychischer Befund. Vererbung: Großvater väterlicherseits Verschwender. Großmutter mütterlicherseits 8 ledige Kinder von 2 Männern. Natürlicher Großvater mütterlicherseits Trinker, der später mit einer dritten nach Amerika geht. Entwicklung: mit 4 bis 5 Jahren nächtliches Zusammenschrecken, plötzliche Angst, Betthässen. Erster Anfall mit 10 Jahren beobachtet. Zustand: geistiges Zurückgehen in der Auffassung, auffallend moralische Aenderung, zornig, hinterlistig, starrköpfig, egoistisch, raffiniert diebisch, Verschwendungssucht, Neigung zu Brandstiftung. Kann kaum sprechen, das wenige mit Fistelstimme. Schwer besinnlich, weinerlich, viel Kopfschmerz. Entspricht sonst 6 bis 7 jährigem Kind. Sammelt Kleinigkeiten, gerät über kleine Geschenke in tagelanges Entzücken. Zur Arbeit träge. Gegen Arzt Zutrauen, gegen Mitkranke aufreizend, im übrigen eigensinnig, reizbar. Bei Gelegenheit lange hysterische Anfälle bis zum Zirkusbogen. Zuweilen Neigung zu Selbstbeschädigung, Biß in den Oberarm. Anfälle von 5 Minuten Dauer mit starkem Stöhnen und Schäumen. Wendet im Anfall Kopf nach rechts. Nächtliche Anfälle sind schwerer, zeitweise jede Nacht, gewöhnlich 1 bis 2 mal wöchentlich, auch vierteljährliche Pausen; zuweilen reichlich Absencen und Dämmerzustände. Auf Luminal reagiert er mit Dämmerzuständen, ohne daß die Anfälle nachließen. Seit 6 Jahren, das ist 12 Jahre nach der Aufnahme und 17 Jahre nach dem ersten Anfall völlig verblödet und keine Neigung zu impulsiven Akten mehr. Vorübergehende Schreianfälle. Monatlich 15 Anfälle.

54. Georg Bau., 23. 8. 01. Körperlicher Befund. Physiognomie: Schädel äußerst breit, besonders Hinterkopf, fast aufgetrieben, mit hohen Stirnecken, Augen groß, glänzend und vorstehend, Nase klein, kurz, breit und dick, gestülpt und eingezogen. Die aufgeworfenen Lippen stehen offen. Von den dicken, gerollten Ohren ist das rechte kleiner und etwas höher sitzend. Körper-

bau: kurzgliedrig, derbknochig, mit breiten Gelenken, Hände groß und weich. Glied und Hoden sehr klein, Hodensack spannt sich in die umgebende Haut ohne deutliche Abgrenzung über und ist teilweise derb und verdickt. Allgemeine Verfettung auch von Hüfte und Schamhügel. Schulterbau und Behaarung männlich. Becken breit, mit flacher Leiste.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwicklung: Bettnässer bis zum 10. Lebensjahr. Guter Schüler. Mit 22 Jahren Heirat und erster Anfall. Beschuldigt die Arbeit am Schweißapparate. Anfangs 1 bis 2 Anfälle täglich. Zustand: er fühlt vor dem Anfall „das Geblüt in den Kopf steigen". Zu Tätlichkeiten geneigt, hypochondrisch, Selbstmordgedanken. Umgemein, langsam, umständlich, eingeengt, stumpf und viel umdämmert. Erschwerte Auffassung. 47 Anfälle monatlich.

55. Magdalene Km., 10. 1. 5. Körperlicher Befund. Physiognomie: Unmäßig fett, nervöses Zucken der rechten Gesichtshälfte. Körperbau: nach früheren Lichtbildern Athletikerin, jetzt sehr starker endogener Fettwuchs.

Psychischer Befund: Vererbung: eine Base mütterlicherseits ebenfalls Epilepsie, angebl. nach Schreck. Entwicklung: in der Schule sehr gut gelernt. Hatte nie Sinn für Vergnügungen, war immer tätig und gewissenhaft. Vom 16. bis 19. Lebensjahr litt sie an Chlorose. Erste Regel trat mit 20 Jahren auf, war sehr heftig und dauerte 10 Tage, kam dann immer unregelmäßig. Erster Anfall mit 20 Jahren. Mit 31 Jahren in Neuendettelsauer Anstalt. Anfangs klar, bald verwirrt und drohend, schizoide Bizarrheiten. Zustand: Bigotterie bis zur Ekstase, zirkuläre Schwankungen mit Halluzinationen und Verstimmungen. Erotische Momente im Dämmerzustand. Unterwürfig, hilfsbedürftig gegen den Arzt, gereizt bis zur Tätlichkeit und sinnlosen Wut, wünscht Beachtung für ihre Person. In der Sprache zuweilen leichtes Silbenstolpern.

56. Anna Ho., 20. 6. 90. Körperlicher Befund. Physiognomie und Körperbau: ganz der gleiche Typ wie die vorige Patientin. Sehr fett, keine Schilddrüse fühlbar, zartes Knochensystem mit entsprechenden Händen und Füßen, das Gesicht dementsprechend, dabei unentwickelt, doch nicht kretinähnlich.

Psychischer Befund. Vererbung: — Entwick-

lung: erster Anfall mit 9 Jahren, mit 14 Jahren in Neuendettelsauer Anstalt. Zustand: Versündigungsideen, Ekstasen, während welchen sie laut mit gebreiteten Händen betet, Kranke in ihrer Nähe küßt und umarmt. Oefters verworren vor sich hin jammernd in ständig monotoner Art. Lange, süßliche Lobredereien. Während Periode aufgeregter, darnach vermehrte Anfälle, monatlich 12.

Dieses meine untersuchten Kranken.

Rückblickend und zusammenfassend läßt sich sagen: alle Epileptiker zeigen mehr oder minder Asymmetrien am Gesicht, Schädel, Körper, und plumpe, langsame, ungeschickte Bewegungen. Schmale Schädel sind sehr selten, unter meinen Fällen nur einmal (Nummer 27). Oft findet sich eine auffallende Breite, besonders des Hinterhauptes und zwar bei 25% meiner Fälle; dagegen Abweichungen vom normalen Behaarungstyp nur selten und das als femininer Behaarungstyp bei Nr. 3 und 15.

Betrachten wir die vorliegenden Krankengeschichten näher nach Art des Krankheitsverlaufes, so finden sich: Schreianfälle bei Nr. 34 bis 36 und 53, das sind der Konstitution nach pyknisch-athletische Dysplastiker, der letzte endokriner Natur; auch bestehen hier gewisse Gleichhäufigkeiten. Diese finden sich bei anderen Gruppen nicht. Weit durchgeführte Vergleiche erwiesen die völlige Unabhängigkeit von Art und Zahl der Anfälle einerseits und von Körperbau und psychischem Charakter andererseits. Ebenso war in den vielen kleinen jeder Einordnung widerstrebenden Merkmalen an Körper und Charakter keine Gesetzmäßigkeit auffindbar.

Die epileptoide Konstitution kann also nicht näher in irgend welchen Besonderheiten umrissen werden, außer den oben in der Zusammenfassung genannten. Im allgemeinen sehen wir ein Ueberwiegen des dysplastischen Typs in seiner weitesten Fassung der Disproportionierten (wenigstens bei Durchsicht der Anstaltsepileptiker). Neigung, einen der drei Grundtypen: athletisch, asthenisch, pyknisch besonders zu bevorzugen besteht nicht, wohl aber eine gewisse Seltenheit reiner Pykniker.

Ob der genuine Epileptiker wirklich, wie von 5 von 9 Untersuchern feststellen, überwiegend Dysplastiker ist oder vielleicht doch

der massive Athlétiker nach Erfahrung der klinischen Ambulanz, wird erst dann entscheidend zu beantworten sein, wenn auch aus letzterer ein großes Untersuchungsergebnis die bisherigen, vorliegenden Arbeiten überprüft und ergänzt. Dieses wird auch den wirklichen Anteil echter Pykniker — nicht durch Stoffwechselumstellung bei allgemeiner Bewegungsträgheit in Anstaltsjahrzehnten verwischte Fälle — nachweisen. Nur an solchen Patienten, die doch meist zu den leichter Erkrankten gehören, werden sich, wenn man die Verbindung mit ihnen aufrecht erhält, ihre Umwelt, Eigenart und Privatleben studiert; — nur an solchen Patienten, glaube ich, werden einzelne Züge des Charakters und Krankheitsverlaufes in ihren etwaigen Beziehungen zueinander und zu körperlichen Merkmalen erkannt werden können.

Gerade diese beginnenden oder langsam verlaufenden Erkrankungen werden uns dann jene ursprüngliche, noch unveränderte Körperbauform zeigen, die den Boden der genuinen Epilepsie bildet. Diese und die vorangehenden zitierten Arbeiten kamen wohl darum zu keinen einheitlichen Ergebnissen, weil die meisten Anstaltspatienten körperlich und charakterlich schon weitgehend veränderte Individuen darstellen, sodaß die ursprüngliche psychische und somatische Architektonik nicht mehr zweifelsfrei erkannt werden konnte.

Am Schlusse dieser Arbeit habe ich die große Freude, meinen herzlichen Dank auszusprechen Herrn Professor Dr. med. Ewald für Anregung und Beratung bei dieser Arbeit und Herrn Obermedizinalrat Direktor Dr. Kolb für freundliche Genehmigung meiner Untersuchungen an der Anstalt.

Literaturverzeichnis.

1. v. Rohden, Konstitutionelle Körperbauuntersuchungen an Gesunden und Kranken. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 79.
2. Kretschmer, Körperbau und Charakter.
3. Delbrück, epileptisch und epileptoid. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. Bd. 82.
4. Delbrück, über die körperliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 77.
5. Graf, Körperbauuntersuchungen bei Epileptikern. Monatsschrift f. Psych. u. Neurologie. Bd. 64.
6. Hofmann, Zur Frage der epileptischen Konstitutionstypen. Zschr. f. d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 94.
7. Gründler, Konstitutionsuntersuchungen an Epileptikern. Mo. schr. f. Psych. und Neurologie. Bd. 60.
8. Kreyenberg, Zentralbl. f. d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 112.

Lebenslauf.

Ich bin geboren am 4. Juli 1904 in Nürnberg als erstes Kind des Bankbeamten Johannes Lehner und seiner Ehefrau Margarete, geborene Schuler. Ich besuchte die Volksschule und das humanistische Gymnasium in Nürnberg und absolvierte dieses am 2. 4. 1925. Mein medizinisches Studium begann ich Mai 1925 in Erlangen und vollendete es dort Juni 1930. Ich habe die Hochschule nie gewechselt. Während meiner Ferien war ich verschiedentlich Werkstudent und Famulus.

Adolf Lehner.